Rok XXXIV. Kraków 9. Lutego 1895 r. Nr. 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 5. Telefonu Nr. 104.

Administracya: Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81. rue des Saints Peres.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Bronisław Grabowicz 187. Clinton and 188 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 25 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rub.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Jeszcze kilka uwag o wstrzykiwaniach sublimatu pod spojówkę gałki ocznej.

Napisał

Dr. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 4).

Teraz jeszcze kilka słów o działaniu wstrzykiwań sublimatu w przypadkach zakażenia oka po dokonanych operacyach. Już Darier zalecał wstrzykiwanie sublimatu jako środek zapobiegawczy przed operacyą i jako środek leczniczy w każdym przypadku zakażenia po operacyi. W przypadku Gepnera (spostrz. 4-te), po dokonanej operacyi zaćmy, 4-go dnia powstało zapalenie tęczówki; rana zamknięta. Nazajutrz na brzegach źrenicy kilka nacieczeń i hypopyów; gałka bolesna, ostry stan ustąpił już po 2 wstrzyknięciach; w końcu, po dokonanej iridotomii, V = 5/50. Langie nie widział żadnego skutku po wstrzykiwaniach sublimatu w jednym przypadku zakażenia ropnego rany rogówki po dokonanem wydobyciu zaćmy.

Deutschmann przytacza następujące przypadki: 1) U 61-letniego mężczyzny, 4-go dnia po wydobyciu zaćmy, komórka przednia głęboka, zamglenie źrenicy, wieczorem tego samego dnia wypełniał się już żółty wysięk. Po pięciu wstrzyknięciach sublimatu (2 razy na dobę), trzeciego dnia pozostała z wysięku już tylko połowa, po upływie zaś 16 dni pozostało tylko kilka przyczepin tylnych i zaćma wtórorzędna. 2) U 73-letniego starca, trzeciego dnia po operacyi zaćmy na lewem oku (poprzednio wykonano już wydobycie zaćmy na prawem oku bez rezultatu, i iridektomią na lewem) mazisty wysięk w źrenicy. Rana zamknięta, obfita wydzielina obrzmiałej spojówki. Wstrzykiwania sublimatu przez dwa dni 2 razy na dobę, później co 2 doby, przyżeganie przyrządem Paquelina. We 20 dni po operacyi pozostała tylko nieznaczna zaćma wtórorzędna w dolnej części źrenicy. 3) 78-letni pacyent, w dobę po dokonanej iridektomii, w napadzie obłędu opilczego zerwał opatrunek i prawdopodobnie wprowadził kał do oka. Trzeciego dnia wystąpiło maziste zapalenie tęczówki. Po jednem wstrzyknięciu sprawa ustąpiła. 4) Po dokonanej pomyślnie operacyi zaćmy i zupełnem wygojeniu rany, wynaczynienie w komorze przedniej z silnem podrażnieniem oka; powstała sprawa zapalna z wysiękiem w źrenicy. Po czterech tygodniach i 8 wstrzyknięciach pozostała tylko zaćma wtórorzędna. 5) U 2 -letniego mężczyzny po rozcięciu zaćmy pozostała gruba błona zaćmy wtórorzędnej. Po dokonanej iridotomii powstało obok brzegów utworzonej szpary pionowej zamglenie, które 5-go dnia zakryło szparę; lekkie obrzmienie spojówki. Po jednem tylko wstrzyknięciu, w 10 dni później, szpara czysta, V = 17/70–50. 6) Po dokonanej iridotomii (zupełne zrośnięcie źrenicy z resztkami zaćmy, pochodzenia urazowego) nazajutrz nieznaczne zamglenie źrenicy. Przyżegnięcie przyrządem Paquelina prawidłowej zresztą ranki. Szóstego dnia szarawo-żółty wysięk, *hypopyon.* Wstrzyknięcie sublimatu powtórzono 7-go dnia. Później iridektomia, V = 10/200.

Do tych spostrzeżeń dodać mogę następujące:

1) Paweł M., 54-letni. Dojrzała zaćma prawego oka. 2. Czerwca 1894 wydobycie bez żadnej przygody. 5. Czerwca komórka przednia głęboka, ranka zamknięta i zupełnie czysta, dolną połowę źrenicy wypełnia wysięk żółtawy, na dnie komórki niewielkie *hypopyon.* Spojówka nastrzyknięta, lecz nie obrzmiała. Wstrzyknąłem sublimat; nazajutrz objawy bez zmiany. Przez trzy dni następne codziennie po 2 wstrzyknięcia, od 9. do 14. Czerwca codziennie po jednem. 20. Czerwca źrenica czarna, w niej cienka błonka zaćmy wtórorzędnej. V = 15/200. 15. Października przecięcie błonki, po uprzedniem wstrzyknięciu sublimatu, które powtarzałem przez 2 dni następne. 24 Października V = 20/50, czyta swobodnie Sn D = 0.06.

2) Wacław P., 20-letni robotnik w fabryce fortepianów, przed 6 laty przekłuł prawe oko szydłem. Nieliczne tylne przyczepiny, za źrenicą gruba błona, pozostała po wessaniu soczewki. Ze szkłem +4,5 D (w lewem oku M 4 D) V = 5/200. 28. Grudnia 1893 wykonałem rozcięcie błony nożykiem Graefego. Powstałe okienko miało przeszło 2 mm. długości. 30. Grudnia silne bóle rzęskowe w prawej stronie,

ranka zupełnie czysta, tęczówka zmieniła barwę, cała źrenica zamglona, brzegi okienka przybrały barwę wyraźnie żółtawą, na dnie komórki przedniej hypopyon, gałka bolesna. Po 6 wstrzyknięciach sublimatu, przez 4 dni codziennie, przez 4 następne co drugi dzień, podrażnienie zupełnie ustąpiło, okienko znów stało się zupełnie wyraźnem, jakkolwiek wypełniała je cienka zasłona. V = 15/200. Powtórnej operacyi chory nie zechciał się poddać.

3) Jankiel P., 62-letni. Dojrzała zaćma oka prawego. Operacya 3. Lipca 1893, bez żadnych przygód. 6. Lipca Rana zamknięta, podrażnienie nieznaczne. Na brzegach szpary utworzonej w tęczówce plamki żółte, w obrębie źrenicy szarawe zamglenie, na dnie komórki przedniej małe hypopyon. Spojówka cokolwiek obrzmiała, wydzieliny wszakże prawie żadnej. Tego dnia i przez 3 następne codzienne wstrzykiwania sublimatu w górnej połowie gałki. *Hypopyon* znikło nazajutrz po pierwszem wstrzyknięciu, po 4 zaś tęczówka przybrała prawidłową barwę. 18. Lipca V = 20/200 czyta Snellena D = 3. Oświetlenie boczne wykazuje cienką zaćmę wtórorzędną. We 3 miesiące chory zgłosił się powtórnie. Zaćma wtórorzędna znaczniejsza, chory z trudnością czyta Jaegera Nr. 20. 22. Października wykonałem rozcięcie zaćmy wtórorzędnej, powstało dość znaczne okienko w kierunku ukośnym W nocy z 24. na 25. Października silny ból w prawej skroni. 25. Października nastrzyknięcie spojówki gałkowej, w obrębie źrenicy zamglenie przeważnie w okolicy okienka tak dalece, że z trudnością mogłem je odróżnić od części otaczających. Codzienne wstrzykiwania sublimatu. 31. Października okienko znowu jest widocznem, podrażnienie zupełnie ustąpiło. 10. Listopada V = 15/200, czyta Jaegera Nr. 20. Wynik operacyi zatem ujemny. Literalnie to samo znalazłem 2. Października 1894. 3. Października 1894 wykonałem znów rozcięcie błony, lecz na ten raz przed samą operacyą wstrzyknąłem sublimat, powtórzyłem też wstrzyknięcie w ciągu 2 dni następnych. 10. Października 1894 0 = 20/70, czyta swobodnie Sn D = 0,8.

4) Szymon P., 50-letni. Trzeciego dnia po dokonanem 1. Kwietnia 1894 zupełnie prawidłowem wydobyciu zaćmy lewego oka, obrzmienie spojówki, obfita wydzielina, rana otwarta, obok brzegu zewnętrznego naciek szarawo-żółty, w środku zaś rany w rogówce okrągły odgraniczony naciek wielkości maku, również szarawo-żółtej barwy. W tęczówce żadnych na razie zmian nie było. Przyżegnięcie rany przyrządem Paquelina. Tego samego dnia i w ciągu 3 następnych codziennie po 2 wstrzyknięcia sublimatu. Mimo to wszakże już nazajutrz było *hypopyon*, w kilka dni później *panophthalmitis*, co najwyżej o względnie łagodnym przebiegu.

Pierwsze przypadki najzupełniej przypominają przypadki Deutschmanna, z powodu których on słusznie utrzymuje, że bezstronny rzut oka odrazu przekonać powinien o niezaprzeczonej wartości wstrzykiwań sublimatu w ciężkich sprawach zakaźnych, zaszłych po operacyach. Nie wątpi on też, że mianowicie w tych przypadkach, w których po operacyach siedliskiem początkowem istoty zakaźnej jest nie rana, lecz wnętrze same gałki (względnie komórki przedniej) wstrzykiwania podspojówkowe stanowią środek najdzielniejszy ze wszystkich, jakie dotąd posiadamy. Gdy zakażenie początek bierze w samej ranie, dostatecznem jest niezwłoczne przyżegnięcie jej galwanokauterem lub przyrządem Paquelina, jeśli zaś głębiej się znajduje lub dalej się szerzy, przystąpić należy do wstrzykiwań sublimatu, nic nam jednak nie przeszkadza wstrzykiwać jednocześnie z przyżeganiem. Niepodobna zaprzeczyć, że sprawy w przypadkach Deutschmanna i moich opisane, prowadziły dawniej najczęściej do utraty oka, gdyż tylko w wyjątkowych razach szybka merkuryalizacya i częste otwieranie komórki przedniej umożliwiały względne uratowanie oka. Działanie zaś wstrzykiwań sublimatu, najpierw o wiele jest pewniejszem, powtóre następuje o wiele prędzej. Chodzi o to tylko, by przystąpić do wstrzykiwań niezwłocznie. Początkowo wstrzykiwałem tylko raz na dzień, później, również jak i Deutschmann, nawet po dwa razy dziennie. Ile wstrzykiwań zrobić należy? Zależy to od przebiegu sprawy; niekiedy poprzestać można na 2 tylko. Deutschmann zaprzestawał prawidłowych wstrzykiwań jak tylko sprawa przechodziła w okres wsteczny, następnie wstrzykiwał zwykle już tylko co kilka dni. Co do mnie, jestem zdania, że w razie potrzeby można wstrzykiwać po 2 razy na dobę przez tydzień a nawet i dłużej.

Z powodu 2-go, 5-go i 6-go spostrzeżenia swojego Deutschmann utrzymuje, że prawdopodobnie miało tu miejsce nie nowe zakażenie, lecz że chorzy ci po poprzednio dokonanych operacyach ulegli zakażeniu, tylko pierwiastki zakaźne ujęte były jakby w torebki, zostały uwięzione na czas długi i dopiero powtórna operacya uwolniła je z więzów i umożliwiła czynne wystąpienie. Pogląd ten zdaje się stwierdzać okoliczność, iż w przypadkach 5-ym i 6-ym Deutschmanna, zamglenie utworzonych przez iridotomię okienek, brało początek od brzegów przeciętej błony, zkąd już posuwało się ku środkowi. To samo spostrzegłem w moich przypadkach 2-im i 3-im po rozcięciu zaćmy. Landolt (*Beiträge zur Augenheilkunde* VI. i VII. T.) pierwszy zestawił wyniki, otrzymane przez różnych operatorów po rozcięciu zaćmy wtórorzędnej; wyniki te bezwarunkowo o wiele są gorsze, niż po wydobyciu zaćmy. Jeśli jednak dawniejsze niepowodzenia pochodzić mogły od zakażenia oka przez samego operatora, to jednak Landolt dodaje: *man hat aber ganz unzweifelhaft, trotz der bisher bekannten antiseptischen Cautelen, Augen nach der Discission zu Grunde gehen sehen.* Otóż przypadki te (a należą do nich również spostrzeżenia Deutschmanna i moje, w których postępowanie było ściśle przeciwgnilne) zdają się usprawiedliwiać wypowiedziane przez Deutschmanna przypuszczenie, że pierwiastki zakaźne pozostają prawdopodobnie uwięzione, otoczone błoną, powtórna zaś operacya wyzwala je i czyni zdolnymi (muszą to być pierwiastki pasorzytne) do nowej pracy, do nowych spraw zakaźnych w oku, które o tyle są niebezpieczniejsze, że po dokonanem rozcięciu zaćmy wtórorzędnej ciałko szklane staje dla nich otworem. Twierdzenie to najzupełniej licuje z licznemi spostrzeżeniami, jakie nam daje patologia spółczesna.

Że wstrzykiwania podspojówkowe ubezwładniają owe pierwiastki zakaźne, o tem wątpić nie możemy, czy jednak na zawsze? Chyba nie; dowodzi tego, zdaje się, mój 3 ci przypadek, w którym sprawa zakaźna po ekstrakcyi została usunięta przez wstrzykiwania, lecz znowu się powtórzyła po rozcięciu zaćmy wtórorzędnej, by znowu uledz działaniu sublimatu, powtórne zaś rozcięcie wykonałem po poprzedniem wstrzyknięciu sublimatu. Wnosić więc ztąd moglibyśmy raczej, że sublimat ubezwładnia pierwiastki zakaźne tylko czasowo. Bądźcobądź w zakażeniach oka, powstałych po operacyach, wstrzykiwania sublimatu stanowią najdzielniejszy środek ze wszystkich dotąd znanych, gdyż działają nierównie skuteczniej i nierównie prędzej.

Powtórzę jeszcze raz wskazania do stosowania wstrzykiwań podspojówkowych sublimatu, podane prawie zawsze jednogłośne przez wszystkich, którzy spostrzeżenia swe ogłosili, lub też co najmniej większością głosów.

1) Choroby rogówki.

a) Wrzody i ropnie. W tej mierze zgadzam się najzupełniej z zastrzeżeniami przez Langiego podanemi, mianowicie, że nie należy uciekać się do tego środka w formach lekkich i powstałych na gruncie cierpień spojówki, prócz tych przypadków, w których cierpienia te występują w formie groźnych zapaleń ropnych. Gdy *hypopyon* zwiększa się, mimo wstrzykiwań uciec się należy do przekłucia rogówki, względnie do cięcia Saemischa. Jednocześnie przestrzegać należy wskazań co do użycia atropiny lub ezeryny.

b) W przypadkach ran zakażonych rogówki tak przypadkowych jak i operacyjnych, jako środek leczniczy, same przez się, lub w połączeniu z przyżeganiem galwanokauterem.

c) Jako środek zapobiegawczy przed operacyą na gałce ocznej (ekstrakcya, irydektomia lub rozcięcie zaćmy wtórorzędnej), jeśli zachodzi obawa zakażenia po operacyi.

d) Zapalenia miąższowe rogówki, obok atropiny niezbędnej we wszystkich prawie przypadkach i w późniejszych okresach ogólnego leczenia. Mówię „w późniejszych", gdyż najpewniejszego ze wszystkich środków, mianowicie przetworów jodu najstaranniej obok wstrzykiwań sublimatu unikać należy. Zwykle stosować nadto należy w późniejszych okresach środki wyjaśniające.

2) Zapalenia twardówki (*scleritis, episcleritis*).

3) Wszelkie formy zapalenia tęczówki, przy jednoczesnem użyciu atropiny i jednoczesnem (reumatyzm, *gonorrhoea*) lub późniejszem (kiła) leczeniu ogólnem. Li tylko na wstrzykiwaniach poprzestać możemy w lekkich formach cierpienia.

4) Zapalenia naczyniówki, zwłaszcza z zaćmieniem ciałka szklanego (i wynaczynionkami).

5) Zapalenia naczyniówki i siatkówki u krótkowidzów, zwłaszcza w przypadkach wynaczynień w plamie żółtej. Jednocześnie i później lepiej stosować nadto i inne leczenie.

6) Zapalenia siatkówki i nerwu wzrokowego lub obojga razem, „o ile cierpienia te nie są zastarzałe a i w tych lepsze osiągniemy wyniki, łącząc z wstrzykiwaniami leczenie ogólne. Rozumie się samo przez się, że w tych przypadkach leczenie przyczynowe główną odgrywa rolę, n. p. w *retinitis albuminurica*, w której sublimat uważałbym za wprost przeciwwskazany". (Langie). Własnego doświadczenia nie mam.

7) W zapaleniach sympatycznych: A) niezwłocznie po zranieniu pierwszego oka, jako środek zapobiegawczy, B) po wystąpieniu sprawy w drugiem oku, po poprzedniem wyłuszczeniu pierwszego.

Jeszcze co do dawki i sposobu stosowania wstrzykiwań. Rozczynu 0,1% bardzo prędko przestałem używać, gdyż w istocie wywoływał on zawsze dość znaczne bóle, często nawet wynaczynienia. Nadto, jak wspomniałem już w pierwszej mojej rozprawie rozczyn tego stężenia posiada poniekąd żrące własności. Używając rozczynu o połowę słabszego, wstrzykiwałem natomiast 3—5 przedziałek. Podrażnienie bywa wtedy bardzo nieznaczne, należy tylko unikać miejsc spojówki, obok brzegu rogówki i załamków położonych. Poprzednio wkraplałem zawsze rozczyn kokainy po 3 razy w odstępach 5-minutowych; opaski oddawna zaprzestałem używać.

II. Z Zakładu higienicznego prof. O. Bujwida w Krakowie.

O higienicznej wartości wody studziennej pawilonu chorób zakaźnych szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Odczyt miany na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 21. Listopada 1894 r.

przez

Dra Leopolda Haima,

sekundaryusza szpitala św. Łazarza.

Od czasu, gdy się przekonano, że woda może przenosić choroby zakaźne, badanie jej stało się jedną z głównych gałęzi nowoczesnej higieny. Szczególniej badanie pod względem bakteryologicznym nabrało wielkiego znaczenia, ono rozstrzyga o naszem orzeczeniu, mniejszą zaś wartość mają skład chemiczny i własności fizyczne wody, niemi się tylko, że się tak wyrażę, posiłkujemy. I to całkiem naturalnie. Jeżeli bowiem przy badaniu bakteryologicznem nie znajdziemy mikrobów chorobotwórczych a badanie chemiczne wykaże nam nieco większą ilość azotanów, chlorków lub soli wapniowych, to to nas jeszcze nie uprawnia do orzeczenia, że dana woda nie jest do użytku. Zawsze liczymy się z potrzebami ludności i tam ludność ma się lepiej pod względem higienicznym, gdzie wody jest dużo, choć pod względem chemicznym niezupełnie czystej, aniżeli tam, gdzie jej jest mało, chociaż pod względem chemicznym bez zarzutu. Zresztą jeżeli się zastanowimy nad znaczeniem tych ciał chemicznych rozpuszczonych we wodzie, dochodzimy do przekonania, że właściwie znaczenia ich nie znamy. Bo czyż wielka ich ilość we wodzie tłómaczy nam dostatecznie powstawanie epidemii n. p. tyfusu albo cholery? Wielka ich ilość, obok innych przymiotów zresztą dobrych, pozwala nam wnosić, że albo mineralizacya gruntu odbywa się należycie, albo pewne składniki chemiczne przesączając się przez rozmaite warstwy gruntu, nie ulegają zmianie i jako takie dostają się do wody zakaźnej.

Już większe znaczenie mają własności fizyczne wody, bo jeżeli woda dana nam do badania jest mętną, lub wydziela woń kwasu siarkowego albo zgnilizny, albo gdy znajdziemy w niej glisty lub inne jakieś pasożyty, to odrazu bez badania chemicznego lub bakteryologicznego orzec możemy, że ta woda nie jest do użytku, gdyż nie ulega w takich razach wątpliwości, że zanieczyszczenia dostały się wprost do wody a z niemi dostać się też mogły i mikroby chorobotwórcze. Takie zanieczyszczenia są daleko szkodliwsze aniżeli te, które muszą przejść rozmaite warstwy gruntu, zanim się dostaną do wody gruntowej.

Epidemiologia ostatnich czasów pouczyła nas, że cholera nie tylko panowała w okolicach, które posiadały wodę nieczystą, lecz także i tam, gdzie woda była bez zarzutu, zatem przenosić zarazę niekoniecznie musi woda, lecz także mogą to robić i inne przedmioty, jak pokarmy, bielizna, pościel i wydzieliny chorych.

Że niesłusznie czasem wodę posądzają o przenoszenie choroby, najlepszym dowodem tego jest woda studzienna w bliskości oddziału chorób zakaźnych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie. Pomimo dość licznych przypadków cholery, tyfusu, chorób osutkowych ostrych i t. d. nie było

przypadku zarażenia się tą wodą. Mimowoli nasunęło mi się pytanie, czy też ta woda nie zawiera bakteryj chorobotwórczych, czy jest czystą i czy ją bezpiecznie pić można, zwłaszcza, że tu i owdzie dochodziły mię jakieś niewyraźne zdania, jakoby tą wodą łatwo nabawić się można jakiejś choroby zakaźnej.

Dla przekonania się więc, o ile w tem wszystkiem jest prawdy, przeprowadziłem pod kierunkiem profesora Bujwida (któremu za światłą radę i częstą pomoc w sprawdzaniu i określaniu różnych gatunków bakteryj na tem miejscu składam serdeczne podziękowanie), badanie wody pod każdym względem, szczególniejsza zaś uwagę zwróciłem na część bakteryologiczną, mianowicie:

1) na ilość bakteryj w centymetrze sześciennym;

2) na jakość bakteryj, szczególnie

3) czy nie ma bakteryj chorobotwórczych.

Trzymając się sposobu poleconego mi przez prof. Bujwida, zmięszałem $^1/_5$ część centymetra sześciennego wody z 10 cm. sz. rozpuszczonej żelatyny i następnie wylałem mięszaninę tę na płytkę Petrego. Po 24—48 godzinach wyrosły kolonie, które można było zliczyć a pojedyncze kolonie różniące się między sobą, przeszczepiłem przez wkłucie na żelatynę Tak otrzymałem zbiór rozmaitych bakteryj, a dla określenia ich gatunku, badałem ich własności morfologiczne i biologiczne przez hodowanie na rozmaitych pożywkach. Nie zawsze jednak jest tak łatwa sprawa z płytką Petrego. Bakterye wodne bowiem, szczególniej rozpuszczające żelatynę, w gorących miesiącach rozmnażają się bardzo szybko tak, że nieraz po 24 godzinach rozpłynęła się cała płytka. W takich razach płytkę pod kloszem dawałem do piwnicy.

Ilość bakteryj przeszło 20 razy oznaczona co 4—5 dni daje średnią dochodzącą do 400 bakteryj w 1 cm.^{3} wody. Porównywając ilość bakteryj w 1 cm.^{3} w rozmaitych studniach krakowskich (cyfry zebrane przez prof. Bujwida), jak:

ulica Miodowa l. 11. . .	7800	bakteryj
„ Szeroka l. 12. . . .	4600	„
Stradom	1150	„
ulica Starowiślna l. 3. . .	1200	„
Rynek l. 32.	1000	„
ulica św. Anny l. 5. . .	500	„
„ Strzelecka	480	„
„ Tomasza l. 8. . . .	280	„
„ Kolejowa l. 1. . . .	250	„ i t. d.

dochodzimy do przekonania, że studnia oddziału chorób zakaźnych należy do rzędu studzien, które stosunkowo mało zawierają bakteryj a zatem do rzędu nawet najlepszych studzien krakowskich. Ilość bakteryj w 1 cm.^{3} wody może stanowić o jej dobroci, ale z uwzględnieniem jej własności fizycznych i chemicznych. Sama zaś ilość jako taka, nie ma jeszcze takiego znaczenia, bo może być bakteryj bardzo dużo, ale zupełnie niewinnych, w każdej wodzie się znajdujących. Nawet w wodzie z wodociągów znajdujemy stosunkowo sporo bakteryj. Teoretycznie rzecz biorąc, w wodach studziennych wcale bakteryj znachodzić się nie powinno, albo stosunkowo daleko mniej aniżeli we wodzie wodociągowej. Dla przykładu, jeżeli weźmiemy studnię oddziału zakaźnego, to jest .wą na 10 metrów głęboką, to z tego odpada 3 metry na warstwę ziemi czarnej gruntu nasypowego, resztę zaś stanowi warstwa drobnego żwiru i piasku drobnoziarnistego. Jak wiadomo, powierzchnia i powierzchowne warstwy gruntu zawierają najwięcej bakteryj, w miarę zaś posuwania się w głąb, ilość ich się zmniejsza tak, że w pewnej głębokości mniej więcej $1^1/_2$—2 metrów powinna być warstwa gruntu zupełnie od nich wolna a więc mniej więcej miejsce, gdzie się zaczyna w naszej studni warstwa żwiru i piasku.

Rozpatrzmy się w zbiornikach wodociągowych, w których odbywa się filtrowanie wody. Składają się one od dołu ku górze z następujących warstw: 1) duże kamienie, 2) małe kamienie, 3) gruby żwir, 4) średni żwir, 5) drobny żwir, 6) gruby piasek, 7) drobny piasek. Wysokość tych wszystkich warstw dochodzi do $1^1/_2$ metra. Właściwą warstwą filtrującą jest pokład piasku mniej więcej grubości 50—60 cm. i warstwa mułu przez wodę naniesiona. Woda, przechodząc przez te warstwy, staje się zupełnie wolną od bakteryj a przecież znajdujemy w wodzie takiej niekiedy do 150 bakteryj w 1 cm.^{3} Pochodzi to od zanieczyszczeń w miejscu czerpania, lub też podczas reperacyi rur, zbiorników i t. d. dostaje się pewna ilość bakteryj, zanieczyszczanie zaś prawie nigdy nie występuje w środku rur wodociągowych.

Tak samo rzecz się ma i z wodą zaskórną. Ona we wszystkich stosunkach higienicznych prawidłowych powinna być bez bakteryj, zwłaszcza, że ma daleko grubszą warstwę filtrującą, niż przy wodociągach, jak w naszym przypadku 7 metrów grubości samego żwiru i piasku, w którym bakteryi nie ma. Przypuśćmy, że warstwa filtrująca jest o połowę cieńsza, to zawsze przewyższa filtr sztuczny wodociągowy. Jednak podobnie jak woda wodociągowa nie może być bez bakteryj, tak samo i woda studzienna. Już przy kopaniu studni dość znaczna liczba bakteryj zostaje przez ludzi naniesioną a gdy z powierzchownych warstw gruntu wpadnie do wody spora ilość ziemi, to tem samem i obfita ilość bakteryj żywych, zdolnych do rozmnażania się dostaje się do wody. Już 1 cm.^{3} ziemi z powierzchni przysparza wodzie 100.000 bakteryj. Woda studzienna tem więcej będzie zawierała bakteryj, jeżeli w jakiejś dzielnicy miasta ludność jest niechlujną, studnie okazują lub okazywały jakieś braki a system usuwania odpadków był lub jest niehigieniczny.

(Dokończenie nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdania ze szpitali powszechnych w Galicyi z Krakowem za rok 1893. (Nakładem Wydziału krajowego we Lwowie 1894. Duża 8-ka str. 271).

Przed kilku tygodniami ukazała się ta praca, ułożona staraniem dyrektorów i prymaryuszów szpitalnych a wydana przez Wydział krajowy. Nie może ona mieć pretensyi do jakiegoś archiwum prac naukowych, ani nawet nie równa się sprawozdaniom szpitalnym zakładów zagranicznych jak np. Charité, jednakże przez umiejętne ugrupowanie dat statystycznych i przez ścisłe przedstawienie stanu oddziałów szpitalnych praca ta stała się cennym nabytkiem dla historyi naszych szpitali, a zarazem bogatym materyałem dla organów rządzących, jeżeli uwagi i wnioski w niej zamieszczone zechcą wziąć do serca i dotychczasowe smutne stosunki zamienić na lepsze.

Przejdę kolejno sprawozdania, jak idą za porządkiem. Otóż szpital lwowski, jakkolwiek najobszerniejszy, oprócz statystyki z oddziałów, stanu chorych, składu zarządu i lekarzy nic nam nadto nie podał, co tem bardziej zadziwia, że w swojem gronie ma dzielnych prymaryuszów; można przeto było się spodziewać więcej lekarskiego sprawozdania a nie suchych

cyfr, które nie będąc stosownie objaśnione giną niepostrzeżenie. Zwłaszcza tak ważny oddział chirurgiczny, kierowany zdolną ręką Dra Ziembickiego, oprócz cyfr pomieszczonych na dwóch stronnicach nic nam ciekawego ze swego oddziału nie przytoczył. Więcej natomiast zadał sobie pracy Dr. Machek ze swego oddziału okulistycznego, bo obok szczegółowej statystyki podał nam i swoje uwagi i spostrzeżenia, tyczące się przebiegu niektórych chorób, i wyniki operacyj ocznych.

Z kolei idzie Szpital św. Łazarza w Krakowie, w którym od roku nastały nowe rządy, a jak widzimy z korzyścią i dla chorych a nie z obarczeniem, lecz z zadowoleniem personalu lekarskiego.

Tablice statystyczne bardzo umiejętnie i starannie ułożone dają odrazu pogląd na czynności oddziałów szpitalnych, ruch chorych, przybytek i ubytek i pozwalają łatwo zoryentować się w każdym przypadku. Chorych leczonych było 9456 a więc znacznie więcej niż w roku zeszłym (8745). Zarzadzenia ekonomiczne i administracyjne bardzo szczegółowo podane, choć mniej każdego lekarza obchodzić mogą, ale dają miarę, że przy energii i dobrych chęciach dużo w naszych szpitalach we własnej administracyi zrobić można, nie oczekując koniecznie pomocy z góry. Obok sprawozdań z oddziałów znajdujemy też kilka prac naukowych wykonanych pod kierunkiem Prymaryusza Prof. Pareńskiego, „o plamicy“ Dr. Tyszkiewicza z podaniem kilku ciekawych przypadków chorobowych obserwowanych w tym oddziale i kilka słów o *meningitis cerebrospinalis epidemica* przez Dr. Z. Nowaka treściwie przedstawionych na podstawie przeszłorocznej epidemii z uwzględnieniem leczenia, które w oddziale stosowano. Dr. Schneider zaś przedstawił spostrzeżenia nad durem brzusznym z r. 1893 z obszerną recepturą stosowaną w tyfusie, w której jednak nic nowego nie przedstawia, chociaż całe recepty powypisywano. Z oddziału zaś Prymaryusza Dr. Paszkowskiego są podane dwa przypadki osteomalacyi, krótko lecz umiejętnie opisane przez Dr. Czaplińskiego. Inne oddziały obok ścisłych sprawozdań statystycznych podają też i wzmianki o swoich zabiegach leczniczych oraz roztrząsają swoje potrzeby i braki, w nadziei, że przecież władze autonomiczne coś zechcą poprawić. A nie są one tak małoznaczące, jeżeli po przeczytaniu bardzo zajmującego i pouczającego sprawozdania z oddziału położniczego i ginekologicznego znajdujemy spostrzeżenie Prymaryusza oddziału Prof. Jordana, który z pewnością sumiennie stan rzeczy zbadał, nim zapisał, że chore na oddziale położniczym i ginekologicznym dla braku dostatecznego pożywienia przedwcześnie opuszczają szpital i nieraz w ten sposób niweczą skutki rozpoczętej kuracyi (str. 145). Czyż istotnie kraj nasz jest tak ubogim, że tych kilku lub kilkunastu tysięcy nie może dołożyć, aby pożywienie chorych było lepsze i dostateczne. Czyż dziwić się trzeba temu wstrętowi chorych, którzy dopiero z musu idą do szpitali, choć nieraz w gorszych domowych znajdują się stosunkach.

Z oddziału ginekologicznego są też pomieszczone dwie prace Dra Kośmińskiego, sekundaryusza oddziału: jedna opisująca przypadek cięcia cesarskiego z powodu guza miednicy małej, druga zaś o obrażeniach części rodnych. Obydwie mają wartość naukową i świadczą jak najlepiej o umiejętnem wyzyskaniu materyału szpitalnego z korzyścią dla nauki. Z oddziału zaś kiłowo-skórnego jest pomieszczoną krótka praca Dra Mayzla o *erythema medicamentosum* i wspólna z Drem Krzyształowiczem o przypadkach wrzodów stwardniałych poza częściami płciowemi, leczonych w szpitalu od r. 1880. I jedna i druga ma swoją wartość, ale niepodobna tutaj nawet w streszczeniu podać wyników ich obserwacyi.

Dalej następuje sprawozdanie z zakładu Kulparkowa z bardzo szczegółową statystyką, interesującą tak co do przyczyn wywołujących choroby umysłowe, jak i co do różnej kategoryi zajęć chorych, leczonych w zakładzie. Niektóre ciekawe przypadki zostały też w krótkości podane tak przez Dra Plucińskiego, prymaryusza oddziału męzkiego, jak i Dra Maliszewskiego z oddziału kobiet. Jedna niekorzystna strona Kulparkowa sądzę, że i do dziś dnia pozostaje, to jest obowiązek dyrektora wglądania w gospodarstwo folwarczne, a widzimy ze sprawozdania o gospodarstwie mlecznem, trzodzie chlewnej, zakupnie wołów, że kłopotu z tem niemało, a Dyrektor szpitala za wiele ma czynności czysto lekarskich, związanych z tak obszernym zakładem, żeby mógł myśleć o przysporzeniu dochodu w tej nieodpowiedniej jego wiedzy drodze.

O ile sprawozdania lekarskie z tych dwóch szpitali i Kulparkowa mają jeszcze cechę poważnych statystycznych zestawień nieraz trafnie i pouczająco objaśnionych i motywowanych, o tyle sprawozdania prowincyonalnych szpitali grzeszą brakiem szczegółowych danych, nadzwyczajnem skąpstwem tak w liczbach jak i w objaśnieniach. Dość powiedzieć, że w sprawozdaniu tem złożonem z 271 stronic, szpitale prowincyonalne zajmują zaledwie 12 stron, a przecież dotyczy to szpitali 26-iu, z których niektóre mają 175 łóżek (Przemyśl), a więc materyał dość obfity, by z tego i nauka coś zaczerpnąć mogła. A ileż to jednak ciekawych danych posiadają te szpitale pomniejsze, jak się w nich odbija stan moralny i materyalny okolic, to dość przepatrzeć cyfry choćby szpitala w Kołomyi, gdzie na 949 osób więcej niż 1/3 chorych stanowili chorzy syfilityczni. Czyż to nie zastraszająca okoliczność, ktora jednak nie jest nam jasna i szkoda, że została w sprawozdaniu bez komentarzy, bo są to właśnie te bolące miejsca, te rany gnijące, przeciw którym władze nasze sanitarne powinny coś przedsiębrać, by organizm nasz ratować, a każda jednostka w ten sposób dotknięta odbije się potem w sprawozdaniu oddziałów chorób umysłowych, gdzie ratunek już niemożliwy, a nasz kraj, kto wie, czy nie stracił w tej jednostce jednej z lepszych sił swoich.

Żałuję, że nie mogę jeszcze bliżej zastanowić się nad szczegołami z tego sprawozdania, bo wiele a wiele dałoby się jeszcze z niego skorzystać, w każdym razie musimy być wdzięczni Wydziałowi krajowemu, że podejmuje to wydawnictwo z korzyścią dla kraju, bo poznanie naszych braków i potrzeb jest już pierwszym krokiem do zaradzenia złemu. Miejmy więc nadzieję, że w roku przyszłym i szpitale poważniej jeszcze wystąpią i braków sanitarnych mniej będę miał do zaznaczenia.

W końcu niech nam będzie wolno zwrócić uwagę, kogo należy, na bardzo niedostateczną korektę druku, (np. na str. 194 zamiast Stopczański jest Ropczinski) i wypowiedzieć zdanie, iż w stosunku do ważności publikacyi wydanie jest pod względem typograficznym za skromne. *Dr. J. Surzycki.*

Patogeneza zapalenia otrzewny.

Przez

Dra Karola Kleckiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Przypadki zapalenia otrzewny t. z. idyopatycznego, dawniej reumatycznem zwanego (Leyden[47]), Leyden i Weichselbaum[48]), Klemperer[49]), Molinari[50]) należą do kategoryi zapalenia otrzewny pochodzenia bakteryjnego. Co się zaś tyczy zapaleń otrzewny pochodzenia traumatycznego, w których nie powstała komunikacya jamy brzusznej ani ze światem zewnętrznym, ani

[47]) Leyden: Ueber spontane Peritonitis. Deutsche med. Woch. Nr. 17. 1884. p. 258.

[48]) Leyden und Weichselbaum. Verhandlungen des Vereins f. innere Medicin. Berlin 1883—1884.

[49]) Henoch. Ueber einen Fall von purulenter Peritonitis. Vortrag in der Gesellsch. d. Charité-Aerzte v. 16. XII. 90. Berl. klin. Woch. 1891 Nr. 4 p. 87. Dyskusya.

[50]) Molinari. Y-a-til une péritonite chronique exsudative idiopathique? Rif. med. Sierpień 1889. Ref. w Le Progrès med. 1891 Nr. 36 p. 179.

też ze światłem jelita (Henoch[51]), Richardière[52]), to wprawdzie nie możemy wykluczyć możliwości, by w takich przypadkach sam uraz nie wystarczał do wywołania pewnych zmian w otrzewny, a więc by zapalenie otrzewny było tu natury czysto fizycznej, musimy jednak uwzględnić tę okoliczność, że mechaniczne uszkodzenie ściany jelita, jakie w takich przypadkach się zdarza, może wystarczyć do wędrówki drobnoustrojów ze światła jelita przez jego ścianę do jamy brzusznej. Ponieważ przypadki tego rodzaju są nadzwyczaj rzadkie, nie mamy dotychczas żadnych danych bakteryologicznych, na zasadzie których moglibyśmy je zaliczyć do jednej lub drugiej kategoryi zapalenia otrzewny. Gdyby się nawet miało okazać, że z wysięku otrzewnowego w takich przypadkach nie dadzą się wyhodować bakterye, nie dowodziłoby to aseptycznej natury zapalenia otrzewny. Jest bowiem okolicznością znaną i uznaną przez wszystkich badaczy, którzy pracowali nad zapaleniem otrzewny pochodzenia jelitowego, że w przypadkach takich z wysięku otrzewnowego daje się wyhodować najczęściej jeden tylko gatunek bakteryjny, mianowicie *bacterium coli commune*; inne zaś gatunki bakteryj jelitowych, których obecność w danym wysięku nie ulega wątpliwości, zwykłymi sposobami wyhodować się nie dają.

W każdym razie wobec braku bezpośrednich obserwacyj, jedynie na zasadzie rozumowania, opartego na analogicznych okolicznościach dochodzimy do przekonania, że, jeśli nie wszystkie, to przynajmniej znaczną część przypadków *peritonitis traumatica*, w których nie nastąpiła komunikacya ani ze światem zewnętrznym, ani też ze światłem jelita, winniśmy zaliczyć do kategoryi zapalenia otrzewny pochodzenia bakteryjnego. Do tej samej kategoryi należy zaliczyć przypadki *peritonitis e perforatione*, powstałe w przebiegu kamicy żółciowej oraz moczowej, skoro wiadomo, jak poważną rolę odgrywają w tych cierpieniach drobnoustroje. Jak widzimy, należy więc zapalenie otrzewny chemiczne do rzadkości w stosunkach naturalnych. Sztucznie zaś wywoływano cierpienie to na zwierzętach bardzo często. Istnieje długi szereg środków chemicznych, którymi się posługiwano w pracach doświadczalnych nad zapaleniem otrzewny, niektóre zaś z nich stały się niejako klasycznymi. Do środków tych należą: azotan srebrowy, olejek krotonowy, sublimat, fenol, jod, półtorachlorek żelaza (E. Fraenkel[53]), kreolina, jequirity (Kraft[54]), kwasy mineralne, kwas octowy (Pernice)[55]), spirytus kamforowy (Truc)[56]) i inne.

Ogromna większość zdarzających się w naturze przypadków zapalenia otrzewny należy do kategoryi zapalenia otrzewny pochodzenia bakteryjnego. To też i obszar naszych wiadomości w tej dziedzinie jest znacznie większym aniżeli w dziedzinie zapaleń otrzewny natury chemicznej. Bakterye mogą się dostać do otrzewny następującemi drogami: albo zostają one tam zaniesione przez prąd krwi w przypadkach t. z. bakteryemii albo, powtóre dostają się one tam w sprawach zakaźnych narządów płciowych kobiecych przez przewód rodny, po trzecie, mogą one dostać się do jamy brzusznej ze świata zewnętrznego podczas operacyj; nie chodzi tu w zwykłych stosunkach o drobnoustroje, unoszące się w powietrzu, lecz o bakterye ropne i septyczne, które przenosi się za pomocą rąk, narzędzi i środków opatrunkowych. Wreszcie, po czwarte dostają się bakterye do jamy otrzewny z różnych narządów brzusznych (przeważnie z jelita). Może to nastąpić po przedziurawieniu danego narządu albo też nawet bez przedziurawienia, jedynie wskutek zmian patologicznych, które zaszły w tym narządzie (najczęściej w ścianie jelita). W ostatnim przypadku mamy więc do czynienia z zakażeniem *per continuitatem*. W taki sam sposób mogą dostać się bakterye do jamy brzusznej i z narządów po za tą jamą np. z opłucny; w podobnych przypadkach muszą oczywiście zmiany patologiczne być stosunkowo daleko posunięte.

Ażeby wykryć bakteryjną naturę zapalenia otrzewny, wykazywano w wysiękach brzusznych drobnoustroje mikroskopowo oraz drogą hodowli lub drogą zakażania danymi wysiękami zwierząt. W ten sposób wykryto w wysiękach brzusznych osób, zmarłych na zapalenie otrzewny, długi szereg rozmaitych drobnoustrojów. Przeważnie znajdywano paciorkowce i gronkowce ropne, w przypadkach *peritonitis e perforatione intestini* bakterye kałowe, głównie *bacterium coli commune*, pneumokoki (Weichselbaum[57]), Gaillard[58]), Boulay i Courtois-Suffit[59]), Sevestre[60]) Netter[61]), Frommel[61]), Barbacci[62]), laseczniki gruźlicze, gonokoki (Wertheim[63])) i inne.

Niepodobna mi na tem miejscu wyliczać wszystkich drobnoustrojów, które dotychczas znaleziono w treści jelit. Interesujących się tą kwestyą odsyłam do prac Bienstocka[64]), Eschericha[65]), Gessnera[66]), Macfadyena, Nenckiego i Sieberowej[67]), Bookera[68]), Tavela i Laura[69]) i innych. Ograniczę się tylko do przytoczenia, że w treści jelita nawet osób zupełnie zdrowych wykryto oprócz wielu bakteryj kałowych, zazwyczaj w treści tej znajdywanych, znane zkądinąd drobnoustroje chorobotwórcze, jakoto *streptococcus pyogenes*, *staphylococcus pyogenes aureus*, *citreus*, *albus* (Gessner[66]), pneumokoki (Bernabei[70]), Weichselbaum[71]), *bacillus pyogenes foetidus*, *bacillus pyocyaneus* (Tavel i Laur[69])) i inne. Tem łatwiej znajdywano w treści jelit patologicznie zmienionych bakterye o wybitnych własnościach chorobotwórczych. W pewnych okolicznościach, mianowicie po przedziurawieniu jelita a nawet, gdy w ścianie jelita zaszły pewne zmiany patologiczne, które nawet nie wywołały jeszcze takiego przedziurawienia, wszystkie te bakterye mogą przejść do jamy otrzewny a tem samem znaleść się w wysięku brzusznym. Należy jednak w bakteryologicznem badaniu takich wysięków uwzględnić następującą okoliczność: sekcyę osób zmarłych na zapalenie otrzewny, podczas których odbywa się badanie, robi się zazwyczaj dopiero po upływie dłuższego czasu, zwykle w 24

[51]) **Henoch**: l. c.

[52]) **Richardière**: Note sur un fait de peritonite suraigue cause par une chute sur le ventre sans lesions de la paroi abdominale ni des visceres abdominaux. Ann. d'hygiene publ. T. XX p. 26. Ref. w Virc. Hirsch J. B. 1888 I 474.

[53]) E. **Fraenkel** l. c.

[54]) **Kraft** l. c.

[55]) **Pernice** l. c.

[56]) **Truc**: Traitement chirurgical de la peritonite. Paris 1886.

[57]) **Weichselbaum**: Der Diplococcus pneumoniae als Ursache der primären acuten Peritonitis. Centralbl f. Bact. und Parasit. T. V. 1889. p. 33

[58]) **Gaillard**: Peritonite à pneumocoques. Semaine med. 1890. p. 74. Ref. w Baumgartens J. B. T. VI. 1890 p 74.

[59]) **Boulay et Courtois-Suffit**: Un cas de méningite et de péritonite à pneumocoques sans pneumonie. Bull.et memoires de la Soc. med. des hôpitaux. Seance du 16. Mai 1890 Ref. w Centrbl. für Bact. u Parasit. T. VII. 1891. Nr. 22 p. 97.

[60]) **Sevestre**: vide dyskusya.

[61]) **Netter**: vide dyskusya

[61]) **Frommel**: Pneumonienkokken im Eiter bei Pyosalpinx. Centralblatt f. Gyn. 1892. Nr. 11.

[62]) **Barbacci**: Das Bacterium coli commune und die Perforationsperitonitis. Lo sperimentale p II Z. 1. 1891. Ref. w Centralblatt f. allg Path. und path Anatomie T. III. Nr. 3. p. 129

[63]) **Wertheim**: Ein Beitrag zur Lehre von der Gonokokkenperitonitis. Centralblatt f. Gyn. 1892. Nr. 20. Ref. w Centralblatt fur Bact. u. Parasit. T. XII. p. 108.

[64]) **Bienstock**: Ueber die Bacterien der Faeces. Zeitschrift f. klinische Medicin T. VIII. 1884.

[65]) **Escherich**: Die Darmbacterien des Säuglings und ihre Beziehung zur Physiologie der Verdauung. Fortschritte der Medicin 1885. p. 515.

[66]) **Gessner**: Ueber die Bacterien im Duodenum des Menschen. Arch. f. Hygiene T. IX. 1889. p. 128.

[67]) **Macfadyen, Nencki i Sieberowa**: Badania nad zjawiskami chemicznemi w kiszkach cienkich u człowieka. Gazeta lekarska 1891. Nr 39—43.

[68]) **Booker**: A study of some of the Bacteria found in the faeces of infants affected with Summer Diarrhoea. Ref. w Centralblatt f. Bact. u. Paras. 1891. T. X. Nr. 9. p. 284.

[69]) **Tavel und Laur**: l. c.

[70]) **Bernabei**: Untersuchungen ueber den Diplococcus pneumoniae. Zeitschrift f. Hygiene. T. XI. 1892. p. 279.

[71]) **Weichselbaum**: l. c.

godzin po śmierci; w ciągu zaś tego czasu zmieniają się stósunki w jamie brzusznej między innymi i pod względem przechodzenia bakteryj ze światła jelita do jamy brzusznej.

Wiadomości nasze o przechodzeniu bakteryj przez ścianę jelita są następujące: W stanie prawidłowym znajdują się bakterye nietylko w świetle, lecz także, przynajmniej u królika, jak to wykazał Bizzozero[72], i w ścianie jelita a mianowicie w mieszkach *(folliculi)* limfatycznych wyrostka robaczkowego oraz w *sacculus rotundus;* są one tu po największej części w pierwoszczu samych komórek limfatycznych. Prace Ribberta[73] i Ruffera[74]) potwierdziły wyniki Bizzozera. Sundberg[75] znalazł, że, wprawdzie bardzo rzadko, ale zdarza się wykryć bakterye w błonie podśluzowej; są one tutaj stale w pierwoszczu komórek okrągłych lub w komórkach tkanki łącznej, zazwyczaj nie przekraczają one jednak granicy, którą stanowi błonka odgraniczająca błonę śluzową od podśluzowej. Do podobnych wyników doszli Sahli[76] i Manfredi[77]. W stósunkach patologicznych wykazał pierwszy Nerpen[78] w r. 1883. bakterye jelitowe w wodzie przepuklinowej uwięzłych przepuklin oraz w wysiękach otrzewnowych w niedrożności jelita. Przeciwko temu wynikowi wystąpił Garré[79], który na 8 przypadków uwięźnienia przepukliny jelitowej raz tylko wykrył bakterye w wodzie przepuklinowej. Zdaniem jego tylko w takim razie bakterye przejść mogą ze światła jelita do jamy otrzewny, gdy w ścianie jelita zaszły tak poważne zmiany patologiczne, że wyrównanie ich jest niemożliwem *(irreparable)*. Że jednak w worku przepuklinowym w przypadkach uwięźnienia przepukliny zazwyczaj znachodzą się bakterye jelitowe, dowiodły późniejsze prace Clady[80], który znajdywał tam *bacterium coli commune*, Fischera i Levyego[81], którzy w podobnych przypadkach znaleźli w złogach otrzewnowych tę samą bakterye oraz Cornila i Tschistowitscha[82], którzy już w kilka godzin po śmierci widzieli bakterye w tkance podsurowiczej jelita oraz którzy w przypadkach *pneumoenteritis* u świń znajdywali bakterye jelitowe w jamie otrzewny nawet wówczas, gdy w jamie tej nie było żadnego wysięku. Autorzy ci doszli do wniosku, że bakterye przechodzą całkiem łatwo przez ścianę jelita wówczas, gdy w błonie śluzowej znajdują się miejsca nekrotyczne; w przypadkach uwięźnienia przepukliny przechodzą więc one do worka przepuklinowego dopiero wówczas, gdy uwięźnienie trwa przez czas dłuższy, mianowicie przez dni kilka. (Ciąg dalszy nastąpi).

Fizyologia.

Amore, Falcone i Giofredi: **Nowe spostrzeżenia o skutkach wycięcia gruczołu tarczykowego u psa.**

Autorowie zestawiają najważniejsze zjawiska, obserwowane u psów po zupełnem wycięciu gruczołu tarczykowego. Wpływ na ilość składników morfotycznych we krwi jest bardzo mały. Natomiast wydzielanie moczu ulega znacznym zmianom: ilość moczu wydzielonego zmniejsza się coraz bardziej i schodzi do kilku cm^3 na dobę lub nawet do zupełnej anuryi, woń moczu staje się przykrą i wstrętna, ilość mocznika i chlorków zmniejsza się. W niektórych przypadkach zjawia się w ostatnich chwilach w moczu białko i wałeczki.

Występujące wskutek tyreodektomii drgawki, kurcze i sztywność mięśni uważają autorowie na podstawie badań, w których szczegóły nie będziemy wchodzili, za objawy zadrażnienia rdzenia pacierzowego.

Mechanizm oddychania ulega znacznym zmianom, oddechy są zwolnione, wdechy przedłużone na koszt wydechów, które przytem są niezupełne.

Bardzo głębokiemi są zmiany w funkcyi narządów trawienia: ślina staje się żółtą bez zmian na błonie śluzowej jamy ustnej, *foetor ex ore*, brak łaknienia staje się tak znacznym, że trzeba zwierzęta sztucznie żywić, przytem jednak, jak wskazały dokładne badania na psie z przetoką żołądkową, powiększa się ilość soku żołądkowego. Kał staje się ciemno-szary, później ciemno-czerwony, smołowaty, przytem stolce są coraz płynniejsze; kał zawiera wielką ilość barwików żółciowych, a w końcu zjawia się w kale hemoglobina. Przez założenie przetoki żółciowej przekonali się autorowie, że ilość żółci wydzielonej wzrasta. Również i wydzielanie łez wzmaga się, a często przychodzi do ropnego zapalenia spojówki i rogówki. Przy sekcyi zwierząt znaleźli w nerkach zmiany, cechujące bardzo ciężkie zapalenie, w jelitach nacieki drobnokomórkowe na granicy błony podśluzowej, ścieńczenie warstwy mięśniowej, przybłonek mało co był zmieniony. Alteracye te przypisują autorowie zaburzeniom w innerwacyi, znaleźli bowiem dość wyraźne zmiany w zwojach nerwu sympatycznego. (*Riforma med.* 1894. Vol. 2). *Centralblatt f. allgem. Pathologie u. pathol. Anatomie.* 31. Grudnia 1894). *Beck.*

Choroby zakaźne.

Nocard: **Gruźlica u zwierząt domowych.** *(Dictionnaire veterinaire pratique.* Paryż 1892).

Tenże: **Zapobieganie gruźlicy u bydła rogatego.** (Z kongresu nad gruźlicą. Paryż 1893).

Tenże: **O wartości dyagnostycznej tuberkuliny.** (Tamże).

Tenże: **O znaczeniu dziedziczności i zarazka w gruźlicy.** (Tamże).

Gruźlica bydlęca jest chorobą czyniącą nie mniejsze spustoszenia, niż gruźlica ludzka. Gdy statystyka śmiertelności mieszkańców Paryża wykazuje 23% śmierci z gruźlicy, odsetka gruźliczych bydląt wynosi w krajach najbardziej o higienę bydła dbających 10—25%, natomiast gdzieindziej o wiele cyfrę ostatnią przekracza.

Cyfry te dalekie są jednak od rzeczywistości. Zarówno u ludzi jak u bydła, odsetka indywiduów gruźliczych jest daleko większa, ileż bowiem osób, jak z oględzin pośmiertnych wiadomo, umiera z przyczyny innych chorób, będąc równocześnie dotkniętemi gruźlicą. Cyfrę prawdziwą daćby mogły dopiero obowiązkowe sekcye zwłok wszystkich zmarłych. U bydła rzecz się ma podobnież. Cyfry, jakie poniżej przytoczymy, pochodzą od inspektorów weterynarskich w rzeźniach miejskich. Zważmy jednak, że nadzór weterynarski istnieje tylko w miastach, że następnie właściciele sztuk podejrzanych wystrzegają się starannie nadzoru i prowadzą bydło do rzeźni podmiejskich wszelkiego nadzoru pozbawionych.

Na tym punkcie zgadzają się wszyscy weterynarze. Pomimo to jednak cyfry gruźlicą dotkniętych sztuk bydła dosięgają w rzeźniach poważnej wysokości.

Tak np. w Saksonii w r. 1891 znaleziono 17,5%; w niektórych okręgach, n. p. w Bydgoszczy cyfra ta wznosiła się do 26% lub 22% jak w Lipsku. W Berlinie w r. 1891. znaleziono 1500 sztuk gruźliczych, czyli 12% ogólnej liczby zabitych zwierząt. W Kopenhadze w r. 1890. odsetka zwierząt gruźliczych z ogólnej liczby zabijanych w rzeźniach dosięgła 16, a wiadomą jest rzeczą, że w Danii do r. 1849. gruźlica u bydła była nieznaną, i zaniesioną została z Szwajcaryi

---

[72]) Bizzozero: Centralblatt f. d. medic. Wissenschaft 1885. Nr. 45. p. 802.

[73]) Ribbert: l. c.

[74]) Ruffer: l. c.

[75]) Sundberg: Undersökningar ofver möjligheten af mikrobers intrangande genom den oskadate tarma lemkinansyta. Upsala 1892.

[76]) Sahli: l. c.

[77]) Manfredi: l. c.

[78]) Nerpen: Presence des bacteries et des cercomonas intestinales dans la serosite peritoneale de la hernie etranglee et de l'occlusion intestinale. Paris 1883.

[79]) Garre: Bacteriologische Untersuchungen des Bruchwassers eingeklemmter Hernien. Fortschritte der Medicin 1888. Nr. 8.

[80]) Clado: Congrès de Chirurgie. Paris 1889. Ref. w Revue de Chirurgie 1889. Nr. 11.

[81]) Fischer und Levy: Zwei Faelle von incarcerirter gangraenoeser Hernie mit complicirender Bronchopneumonie. Bacteriologische Untersuchung. Deutsche Ztschft f. Chirurgie 1891. T. XXXII p. 252.

[82]) Cornil et Tschistowitsch: Les lesions de l'intestin dans les hernies étranglées. Arch. de méd. experim. et d'anat. pathol. T. 1. 1889. Nr. 3. p. 353.

i Szlezwiku wraz ze zwierzętami rozpłodowemi; widzimy tedy, jak szybkie postępy poczyniła tu gruźlica.

W Anglii, gdzie nadzór nad rzeźniami jest bardzo niedostateczny, skorzystać musimy z innej okoliczności, by otrzymać liczbę zwierząt gruźliczych. W r. 1891, wskutek panującego epidemicznie zapalenia płuc, wybito przeszło 10.000 zwierząt chorych lub zakażonych. Sekcya na wszystkich dokonana wykryła przeszło 1200 sztuk gruźliczych czyli 12,5%. W roku następnym zabito jeszcze 3600 sztuk bydła i procent gruźliczych wyniósł 22,3%. Nadto poszukiwania w oborach samego Londynu wykazały od 30 aż do 70% sztuk gruźliczych.

We Francyi trudno jest podać liczbę średnią. Są miejscowości np. Salers, gdzie gruźlica wśród bydła jest wcale nieznana, są natomiast inne np. Bretania, Szampania, Nivernais, gdzie ilość sztuk gruźliczych dosięga 25%.

Cyfry powyższe dowodzą, jak poważną jest sprawa. Zarówno rolnicy, hodowcy, jak weterynarze i przedewszystkiem lekarze higienicy powinni dołożyć wszelkich starań, by położyć skuteczną tamę rozszerzaniu się gruźlicy.

Nie będę zbyt śmiałym, gdy powiem, że w chwili obecnej nie jest to wcale tak trudnem: wystarczy tylko chcieć usilnie! Jestto już okolicznością dostatecznie stwierdzoną, że główną przyczyną rozszerzania się gruźlicy u bydła jest zarażanie się jednych zwierząt od drugich. Dziedziczność gra tu rolę podrzędną. Nadzorcy rzeźni zgadzają się jednomyślnie, że gruźlica cieląt nawet w krajach, gdzie gruźlica jest bardzo rozpowszechnioną, jest rzeczą nadzwyczajnie rzadką, prawie wyjątkową.

Doświadczenia z tuberkuliną podjęte w ostatnich czasach dostarczyły dowodów, niemniej przekonywających. We wszystkich zarażonych oborach, gdzie Nocard robił doświadczenia, znalazł on następujący stosunek: gdy zwierzęta dorosłe dotknięte były w stosunku 8 lub 9 na 10, młode, (N. rozumie przez te zwierzęta 6—18 miesięczne) pochodzące z matek gruźliczych, dotknięte były zaledwie w 1 a najwyżej 2 przypadkach na 10.

W Październiku r. z. dokonał N. doświadczeń w wielkiej fermie na północy Francyi, gdzie zwierzęta spędzają całe lato na pastwiskach. Znalazł on tam stosunek następujący: na 57 zwierząt dorosłych 46 było gruźliczych, gdy natomiast wszystkie młode z matek gruźliczych pochodzące w liczbie 19, w wieku od 4 do 7 miesięcy były zupełnie zdrowe. Dowodzi to, że zakażenie następuje dopiero w oborach podczas bezpośredniego i długotrwałego obcowania z choremi zwierzętami. Potwierdzenie tego znalazł N. w okoliczności, że bydlęta starsze, które już spędziły jedną zimę we wspólnej oborze, w 9 przypadkach na 42 były gruźlicą dotknięte. Skutkiem tego zwierzęta niezarażone oddzielano starannie i dzięki temu pozostały one zdrowe. Ponowna próba zapomocą tuberkuliny w 9 miesięcy później dokonana, wykazała dowodnie brak zakażenia. Kilka okoliczności podobnych przytacza Nocard szczegółowo. Wybierzemy z nich jeszcze jeden niemniej charakterystyczny. Do pewnej fermy w Szampanii, wyrabiającej sery na wielką skalę, wezwany został on w celu wybróbowania znajdujących się tam krów za pomocą tuberkuliny, a to wskutek zniszczenia przez inspektora jednej sztuki z powyższej fermy do rzeźni przyprowadzonej, jako mocno gruźlicą dotkniętej. Z 60 zwierząt, 39 było gruźliczych. Obory urządzone były w ten sposób, że stronę prawą zajmowały zwierzęta dorosłe, lewą młode od 8—12 miesięcy liczące. Cielęta od 2—6 miesięczne trzymane były oddzielnie. Tuberkulina wykazała na 33 zwierzętach dorosłych 28 gruźliczych, na 21 młodych nieoddzielonych 10 gruźliczych, zaś z pomiędzy 5 cieląt oddzielonych, chore było tylko jedno. Badanie matki w ostatnim przypadku wykazało owrzodzenie gruźlicze wymienia.

Nawiasowo dodamy, iż zarówno w 1-ym przypadku, jako też i w drugim, zabito 2 sztuki wyjątkowo okazałe i pięknie wyglądające, które wszakże tuberkulina wskazała, jako gruźlicze. W obu przypadkach znaleziono liczne ogniska zarówno w płucach, jak wątrobie i t. d. Jeden z tych przypadków okazano wobec członków 3-go kongresu do badań nad gruźlicą w Paryżu w r. 1893.

Okoliczności powyższe zarówno jak i liczne inne z własnych doświadczeń zebrane upoważniają Nocarda do twierdzenia, już wypowiedzianego powyżej: że 1° dziedziczność gra bardzo podrzędną rolę w szerzeniu się gruźlicy u bydła, co najwyżej przyznać można, że z matek gruźliczych rodzą się zwierzęta usposobione do gruźlicy. Nocard powiada też *on naît tuberculisable, on ne naît pas tuberculeux.*

2° najpoważniejszem niebezpieczeństwem, przeciw któremu bronić się powinniśmy, jest zarażenie się i to zarażenie przez bezpośrednie i długotrwałe przebywanie wspólnie. Pobyt na wspólnych pastwiskach może być uważany w praktyce za nieszkodliwy. Najgroźniejszem jest nagromadzenie zwierząt w zakażonych oborach i długotrwałe obcowanie w bezpośredniem zetknięciu zwierząt chorych ze zdrowemi.

Do jakiego stopnia ta bezpośrednia styczność gra ważną rolę, dowodnie wykaże następujące spostrzeżenie.

W jednej z bardzo pięknych ferm w okolicach Paryża poddano zwierzęta próbie za pomocą tuberkuliny. Wszystkie okazały się zdrowemi z wyjątkiem sztuk 10 ciu przebywających we wspólnej oborze. Z tych 10 aż 9 oddziaływało mocno. Zabito wszystkie 10 sztuk — sekcya potwierdziła wyniki próby; 9 sztuk było gruźlicą dotkniętych. Ale co najciekawsze, to okoliczność, że w oborze sąsiadującej z oborą zakażoną ani jedno zwierzę nie było chorem, pomimo że obie obory były w ciągłej komunikacyi przez drzwi i okna. Drzwi były prawie ciągle otwarte, wspólny bowiem jeden tylko kran zaopatrywał obie obory w wodę. Pomimo jednak tych okoliczności nieprzyjaznych, pomimo ciągłego krążenia powietrza choroba na mieszkańców obory sąsiadującej nie przeniosła się wcale. (Dokończenie nastąpi).

Chirurgia.

A. Herbing: O leczeniu przepukliny wodnej.

Nowsze próby doszczętnej operacyi przepukliny wodnej w miejscu punkcyi z następowem wstrzyknięciem nalewki jodowej zmierzają do tego, aby przez wprowadzenie obcego ciała pomiędzy blaszki worka surowiczego wywołać zapalenie a tem samem zlepienie się powierzchni surowiczych. U małych dzieci nie nadaje się operacya doszczętna z przyczyny, że czyste utrzymanie opatrunku i rany jest nadzwyczaj trudne a często nawet niemożliwe.

Sposób operowania autora w tych przypadkach jest następujący: Po zwyczajnem oczyszczeniu pola operacyjnego, przeciąga się za pomocą zakrzywionej igły grubą nić sterylizowanego jedwabiu od górnego bieguna *hydrocele* aż do dolnego a następnie za pomocą cienkiego trójgrańca robi się punkcyę przepukliny wodnej w sposób zwyczajny. Nici zawęźla się ponad workiem mosznowym, który cały powleka się następnie kolodyonem. W pierwszych dniach powstaje lekkie zapalenie; po 6—8 dniach usuwa się nici.

Autor uważa metodę tę na podstawie swego doświadczenia za doszczętną i jest zdania, że możnaby ją zastosować i u dorosłych z rezultatem pomyślnym, tylko potrzebaby użyć w tym celu grubszych nitek i w większej liczbie. Metoda ta w ogólności jest podobna do dawnych jeszcze przed wprowadzeniem postępowania przeciwgnilnego a analogiczna próbom Neumanna, który pozostawia kaniulę trójgrańca, tudzież postępowaniu Buschkego, który wkłada paski gazy jodoformowej. (*Centralblatt f. Chirurgie* Nr. 26. 1894).

Dr. Józef Langer.

Dyagnostyka.

Litten: Objaw przeponowy.

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Berlinie w dniu 23. Stycznia r. b. mówił autor o objawie przeponowym i jego znaczeniu praktycznem, oznaczając tem mianem ruchy widoczne, pochodzące z oddalania się przepony od ściany klatki piersiowej, gdy przepona podczas wdechu idzie na dół,

i zbliżania się jej do klatki piersiowej, gdy podczas wydechu przepona idzie do góry. Objaw ten, powtarzający się za każdym oddechem można poznać łatwo na klatce piersiowej po podnoszeniu się lub zniżaniu linii cieniowanej, powstałej z ruchów przepony a tem samem wskazującej na pewno położenie tego mięśnia. W stanie prawidłowym ta undulacya cieniowana rozpoczyna się z każdej strony w wysokości 6. międzyżebrza i obniża się w prostej linii o kilka międzyżebrzy podczas najgłębszego wdechu, aby podczas wydechu wrócić do pierwotnej wysokości. Objaw, o którym mowa, widzieć można najlepiej, jeżeli osobę badaną ułoży się do badania tak, by właściwa okolica była mocno oświecona.

Objaw przeponowy ważny jest pod względem nie tylko fizyologicznym, ale także i dyagnostycznym, ponieważ każde zboczenie od prawidła jest z pewnością znakiem stanu patologicznego, jak zmniejszenia się sprężystości lub rozedmy płuc. Wybadanie tego objawu ważnem jest szczególniej w zboczeniach jednostronnych. *R.*

Choroby dzieci.

E. Feer (w Bazylei): **O usposobieniu do błonicy i innych chorób zakaźnych w pierwszych latach życia.**

Na podstawie własnych spostrzeżeń i statystyki chorobliwości w Bazylei z długiego okresu czasu (1875—1891) przychodzi autor do wniosku, że rzadsze pojawianie się chorób zakaźnych u dzieci w pierwszych dwóch latach życia pochodzi głównie z odosobnienia i większej czystości w ich pielęgnowaniu, dzieci te bowiem spędzają czas albo w łóżeczkach albo na rękach osób je piastujących a przez to mało mają styczności ze światem zewnętrznym. Dopiero później, gdy zaczną czołgać się po ziemi a rękami chwytać, co im się nawinie, wprowadzają sobie do ust zarodki zakaźne ze ziemi i z chwytanych przedmiotów, których bakterye, jak wiadomo, tak często i uporczywie się trzymają. Dodać i to jeszcze należy, iż dzieci starsze coraz więcej mają styczności z innemi dziećmi. Dlatego żąda autor, by podłogę w pokojach zamieszkiwanych przez dzieci codziennie wycierano na mokro, by zabawki były gładkie i dały się obmywać a usta, nos i ręce, osobliwie przed każdem jedzeniem, obmywano dokładnie. *(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte.* 22. 1894). *R.*

Medycyna sądowa.

Kratter: **Przyczynek do nauki o rozpoznawaniu śmierci z uduszenia.**

Autor zwraca uwagę na nowy objaw śmierci z uduszenia, mianowicie na wynaczynionki i podbiegnięcia krwawe w tkance poza tylnem śródpiersiem, okalającej zwłaszcza tętnicę główną. Rozległe podbiegnięcia owe znachodził autor wyłącznie u ludzi dorosłych, którzy zmarli z uduszenia wynikłego z różnych przyczyn a tylko u ludzi, którzy ulegli zasypaniu, w ogóle unieruchomieniu klatki piersiowej, nie znajdywał ich autor nigdy.

Powstanie tych wybroczyn tłómaczy autor w sposób mechaniczny. Jak wiadomo, okrąża aorta lewe oskrzele czyli, jak się mawia, jeździ na lewem oskrzelu. Otóż w pierwszym okresie duszenia się występują kurcze wdechowe, klatka piersiowa gwałtownie się rozszerza, przyczem lewe oskrzele podnosi się silnie ku górze w położenie poziomo. Ponieważ aorta jest dosyć silnie koło otworu przeponowego przytwierdzona, zatem nie może się razem z oskrzelem unieść ku górze. W skutek tego przy ruchu oskrzela naciąga się aorta i ociera o ścianę oskrzela; to naciąganie się aorty jest powodem wynaczynień, powstających w skutek przerywania się naczyń.

Za tem tłómaczeniem przemawiają sekcyjne spostrzeżenia i doświadczenia na zwierzętach wykonane przez autora.

Autor nie dostrzegał tych wynaczynień krwi w przypadkach śmierci z uduszenia, w których ruchy klatki piersiowej były niemożebne n. p. przy zasypaniu, śmierci w ścisku i tłumie ludzi, w przypadkach, w których ruchy aorty zupełnie były uniemożliwione n. p. przy mocnych zrostach obu lub przynajmniej lewego płuca z klatką piersiową i przeponą, wreszcie u dzieci nie mających jeszcze dobrze rozwiniętych mięśni. *(Viertjschr. f. ger. Med.* 3. T. IX. 1. 1895).

Wachholz.

Zapiski terapeutyczne.

17. Béclere: O niebezpieczeństwach zadawania substancyi gruczołu tarczykowego (z posiedzenia Towarzystwa lekarzy szpitalnych w Paryżu w dniu 18. Stycznia r. b.). Autor uważa sok gruczołu tarczykowego za truciznę dla serca, mogącą nagle wywołać śmierć przez *syncope* i radzi nie zapominać o tem w leczeniu obrzęku śluzakowego zadawaniem substancyi gruczołu tarczykowego, niewątpliwie skutecznem. W paryskich szpitalach zaszły już trzy przypadki śmierci po zadaniu substancyi gruczołu tarczykowego, z łatwych do zrozumienia przyczyn nie ogłoszone. Dlatego w zadawaniu tego środka leczniczego trzeba bardzo wielkiej ostrożności; najważniejszą jest rzeczą baczyć na tętno tak pod względem jego liczby jak mocy i regularności. W początku nawet powinien pacyent zostać w łóżku a przynajmniej w domu i unikać wszystkiego, coby mogło wymagać powiększenia czynności serca. Nawet po ukończeniu leczenia substancya gruczołu tarczykowego powinien pacyent być pod okiem lekarskiem, ponieważ substancya gruczołu tarczykowego działa podobnie, jak naparstnica (*digitalis*), zbiorowo, za czem świadczy kilka przypadków śmierci zaszłych z tej przyczyny w Anglii. Wrażliwość chorych na działanie substancyi przerzeczonego gruczołu jest bardzo różna; ztąd powinno się przerywać leczenie, gdy wystąpią przypady niepokojące.

18. Sposób przyrządzenia tabliczek z gruczołem tarczykowym opisuje nadworna apteka w Dreźnie tak: Ponieważ spożywanie na surowo baraniego gruczołu tarczykowego jest dla wielu osób wstrętne i ulega trudnościom dostania za każdym razem odpowiedniego materyału ze świeżo zabitych zwierząt z przyczyny braku potrzebnych wiadomości u rzeźników, przeto farmaceuci naprzód w Anglii starali się o sporządzenie z gruczołu tarczykowego przetworów stałych i suchych. Nie jest to rzecz tak łatwa, ponieważ za wysoki stopień ciepła najpodobniej do prawdy niszczy substancyę skuteczną, za niski zaś prowadzi przynajmniej częściowo do gnicia.

Apteka nadworna w Dreźnie zaleca na podstawie własnego doświadczenia postępowanie następujące:

Gruczoły tarczykowe baranie świeże wydobywają w rzeźni miejskiej weterynarze, poczem opłukuje się je prędko alkoholem i obsusza w bibule. Po odjęciu wszelkich części tłustych sieka się gruczoły na drobno i suszy w próżni prędko w ciepłocie 30° C. Tak otrzymany przetwór nie ma już woni nieprzyjemnej i nie potrzebuje żadnego dodatku aromatycznego. Po dodaniu cukru mlecznego robi się tabliczki zawierające po 0·30 świeżej substancyi gruczołu tarczykowego. *(Münchener med. Wochenschrift.* 29. Stycznia 1895).

19. R. Dohrn: O dawaniu sztucznej pomocy w praktyce położniczej. Kwestya sztucznej pomocy przy prawidłowym porodzie jest od dawna sporną. Dawniej nie było nawet sposobności studyowania przebiegu naturalnego porodu, ponieważ lekarza wzywano tylko do pomocy operacyjnej. Pierwszy Boer pokazał, że natura zostawiona samej sobie zwykle obiera drogę najlepszą. Mimo tego porody przy pomocy sztucznej są coraz częstsze we wszystkich krajach cywilizowanych, osobliwie po miastach i w klasach zamożnych ludności. Według Pfannenkucha w latach 1868 do 1870 w dawnem elektorstwie heskiem porody kleszczami były dwa razy częstsze w siedzibach lekarzy, niż tam, gdzie ich nie było a według Schreibera w miastach Kasselu i Hanau były porody przy użyciu kleszczy nawet 4 razy częstsze, niż w okręgach wiejskich należących do tych miast.

Pytanie, czem można usprawiedliwić tę zbytnią czynność w położnictwie; lekarz bowiem sumienny musi mieć

przekonanie nie tylko, że operacyą nie zaszkodził, ale że nią pomógł i to pomógł rzeczywiście.

Że to powiększenie się liczby operacyj położniczych nie wychodzi rodzącym na dobre, rzecz prosta, ponieważ przy rozwiązaniach sztucznych zranienia są częstsze, niż przy odbytych samemiż siłami przyrody. Nawet w okresie antyseptyki stósunek ten nie poprawił się; jakoż w W. Księstwie badeńskiem śmiertelność położnic nie zmniejszyła się a w Królestwie saskiem nawet powiększyła. Jestto niestety błędne całkiem mniemanie, jakoby z zaprowadzeniem antyseptyki porody sztuczne stały się operacyą całkiem bezpieczną; trzeba bowiem pamiętać, że akuszer zależy od pomocy akuszérek i służby, od uległości i ochędostwa położnicy i jej domu i że operacya może otworzyć bramę niebezpiecznym czynnikom z tej strony.

Że przez niepotrzebne działanie można nawet zaszkodzić, widać to najlepiej na porodach pośladkowych. Jeszcze dziś są lekarze, którzy myślą, iż w tych porodach trzeba zawsze występować czynnie nie bacząc, że przez pociąganie ku dołowi zmienia się zazwyczaj korzystne dla ukończenia porodu ułożenie jego części.

Przynajmniej to dobrze, że coraz bardziej upowszechnia się przekonanie, że wydalenie łożyska najlepiej pozostawić siłom samej przyrody.

Ostatecznie przeto oświadcza autor: Zawód wymaga od akuszera nieraz wielkiego zaparcia się samego siebie, zrzeczenia się czynności, do której nabyło się zręczności mozolną pracą, zrzeczenia sławy, którą rodząca odnosi do czynnej pomocy lekarza. Lekarz sumienny będzie umiał ponieść tę ze siebie ofiarę znajdując nagrodę w przekonaniu, że biernem zachowaniem się oddaje się często daleko lepsze usługi rodzącym, niż operacyą. (*Sammlung klin. Vortraege* Nr. 94. 1894).

20. Leczenie miejscowe zapaleń gardła. *a)* Katorski radzi w zapaleniach gardła bez różnicy pomazywanie miejsc zapalonych 10% roztworem wyskokowym mentolu. Tego sposobu leczenia trzymał się K. w błonicy, pomazując roztworem przerzeczonym mentolu za pomocą pęczka waty miejsca zajęte. Postępowanie to całkiem niebolesne, proste, łatwe działa dobrze miejscowo a w miarę poprawy miejscowej wpływa dobrze i na stan ogólny. Wiadomo, iż mentol jest dobrym środkiem antyseptycznym i kojącym bóle. *b)* Harvey Ralmond radzi w tym samym celu używanie czystego gwajakolu. Dwu lub trzechkrotne użycie z początku tego środka wstrzymuje zapalenie gardła lub jeżeli ono już jest, usuwa rychło przypady chorobowe. (*La médecine moderne* 2. Lutego 1895).

IV. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 7. Lutego 1895.

— W dniu 25. Stycznia b. r. odbyło się posiedzenie sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Na posiedzeniu tem zdawali sprawę kol. Uhma z ruchu naukowego a kol. Longchamps z obrotu i stanu kasy za rok 1894. W wyborach, które potem nastąpiły, jednogłośnie przyjęto wnioski komisyi matki. Wybrano kol. Festenburga przewodniczącym, kol. Webra jego zastępcą, kol. Uhmę sekretarzem koll. Mehrera i Stachiewicza członkami biura, koll. Mahla, Prusa i Różańskiego delegatami na walne zgromadzenie a zastępcami ich koll. Obtułowicza i Pawlikowskiego.

— W dniu 6. Lutego b. r. odbyło się posiedzenie zwyczajne Towarzystwa lekarskiego krakowskiego pod przewodnictwem kol. Walentowicza; na posiedzeniu tem przyjęto na członków Drów prof. Piotra Seifmana, Adama Bednarskiego, Fryderyka Simona i Zygmunta Eliasiewicza. Jednogłośnie zamianowano kol. Kwaśnickiego w uznaniu jego zasług około Towarzystwa członkiem honorowym Towarzystwa. Następnie kol. Rydygier przedstawił trzech chorych z kliniki chirurgicznej: dwóch z gruźliczem zapaleniem stawu barkowego odmiennie leczonych (jeden konserwatywnie, drugi przez wypiłowanie stawu), trzeciego chorego po wycięciu odbytnicy z utworzonym sztucznym odbytem bardzo dobrze funkcyonującym. Kol Rościszewski podał przyczynek do leczenia przykurczeń stawu barkowego. W dyskusyi zabierali głos koll. Gluziński, Mars, Obaliński i prelegent. Następnie kol. Gluziński mówił o zmianach w nerwach obwodowych w miażdżycy tętnic. W dyskusyi przemawiali koll. Kryński, Obaliński, Sroczyński i prelegent.

— Dnia 12. b. m. odbędzie się w Towarzystwie lekarskiem warszawskiem uroczyste uczczenie zasług ś. p. Dra Wiktora Szokalskiego, mianowicie o godzinie 10½ nabożeństwo żałobne, o 8-mej wieczorem posiedzenie uroczyste poświęcone pamięci zmarłego.

— **Komisya sanitarna krakowska** odbyła w dniu 4. b. m. pod przewodnictwem Prezydenta miasta posiedzenie zwyczajne, na którem po załatwieniu drobnych spraw bieżących fizyk miasta Dr. Buszek podał do wiadomości cyfry śmiertelności w Krakowie z r. 1894. Umarło razem 2855, między nimi obcych 988 osób. Wykładnik śmiertelności ogółem 36·2‰, po odliczeniu obcych 23·7‰; dla Chrześcian 32·6‰, dla Żydów 25·2‰. Umarło na ospę 4, na odrę 21, na płonicę 92, dławiec i błonicę 144, krztusiec 36, dur brzuszny 48, dur osutkowy 4, cholerę 92, czerwonkę 18, gorączkę połogową 19, na suchoty płucne 500, na zapalenie płuc 429, z innych chorób zakaźnych 185, zapalenie jelit 199, zakończyli życie śmiercią przypadkową lub nieznaną 32, samobójstwem 31, skutkiem morderstwa lub zabójstwa 2 osoby.

W sprawie dostawy lodu oświadczono się za utrzymaniem dawniejszej uchwały zakazującej pobierania lodu z Wisły w obrębie miasta, wydano na żądanie sekcyi ekonomicznej orzeczenie w sprawie tyczącej się usuwania materyj kloacznych z pewnego domu prywatnego i oświadczono się ze względów higienicznych przeciw nadaniu koncesyi osobie prywatnej na wypróżnianie dołów kloacznych.

— Wydział powiatowy wadowicki mianował Dra Rudolfa Zatłokala lekarzem okręgowym w Lanckoronie.

— Dr. Stanisław Zasacki, praktykant szpitala św. Łazarza w Krakowie, mianowany lekarzem miejskim w Kańczudze w powiecie łańcuckim w Galicyi.

— Mianowani: Dr. Tchórznicki lekarzem nadetatowym miasta Warszawy a Dr. Dydyński nadetatowym lekarzem kliniki chorób umysłowych w Warszawie.

— Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego warszawskiego w dniu 29. z. m. przyznano nagrodę z funduszu Helbicha Drowi Edwardowi Zielińskiemu za pracę na temat: Zbadać klinicznie i anatomicznie tak zwaną enteroptozę Glénarda.

— Ze względu, że *Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego* pomieszcza obszerne zdania sprawy z polskiego piśmiennictwa lekarskiego, postanowiła redakcya *Kroniki lekarskiej* dział ten w piśmie swem opuścić, dając tylko zdania sprawy z prac ważniejszych pod właściwemi rubrykami.

— *Kuryer warszawski* donosi, że świeżo otworzony oddział błoniczy w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie nie ma ani jednego chorego.

— Dziewiąte zebranie Towarzystwa anatomicznego odbędzie się w r. b. w Bazylei od 17. do 20. Kwietnia.

— Od 10. b. m. począwszy będzie instytut Pasteurowski w Paryżu wydawać surowicę przeciwbłoniczą aptekarzom i składom materyałów aptecznych. Zgłaszać się po nią należy pod adresem: *Service du serum antidiphtérique à Paris, 18, rue Dutot* z wymienieniem godności swej.

— Myśl uznania języka francuskiego za międzynarodowy język lekarski, popierana między innymi gorąco przez prof. Manasseina w Petersburgu znalazła teraz gorliwego obrońcę w Angliku Drze J. Keserze, który w liście ogłoszonym przez *British medical Journal* zwraca uwagę, iż język francuski nadaje się najlepiej nawet z powodu swej pronuncyacyi na międzynarodowy język lekarski.

— W roku ubiegłym było w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej 21.186 uczniów wydziału lekarskiego.

— W otwartym w dniu 12. z. m szpitalu dla dzieci we Florencyi znajdują się dwa osobne pokoje (tak zwane *couveuses*) z temperaturą od 20 do 30 stopni Celzyusza, przeznaczone dla dzieci bardzo podupadłych na siłach lub urodzonych przed czasem. Termometry w tych pokojach łączą się z dzwonkami elektrycznemi, czynnemi, gdy temperatura przekracza oznaczoną granicę.

— Według dat statystycznych, zebranych dla Nowego Jorku przez Dra Billingsa, śmiertelność dla różnych ras i narodowości przedstawia się w stosunku do roku i tysiąca głów w następujących liczbach: dla Irlandczyków 28, dla Czarnych 23·6, Anglików 20·8, Niemców 17, Amerykan 16, Włochów 12·3 a dla wychodźców z Cesarstwa rosyjskiego i żydów polskich tylko 6·2.

Rasa czarna żyje krócej niż biała a śmiertelność między jej dziećmi jest znaczna. Rasa ta usposobiona jest szczególniej do gruźlicy i zapalenia płuc a natomiast mniej, niż rasa biała, podlega malaryi, gorączce żółtej i rakowi.

Między Irlandczykami śmiertelność jest znaczna u dorosłych z powodu gruźlicy, zapalenia płuc i zatrucia wyskokiem.

Żydzi żyją dłużej niż inne narodowości a podlegają przedewszystkiem moczówce cukrowej i chorobom układu nerwowego, mianowicie wiądowi pacierzowemu. Co do wiądu pacierzowego, byłoby zatem w Ameryce wprost przeciwnie jak u nas.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 5.: R. Jasiński i K. Orzeł: Nowa metoda attyko-antrotomii. Przyczynek do chirurgii czaszki (dokończenie). J. Mutermilch: O przyczynach zapalnych powikłań po operacyi zaćmy (dok.). J. Czajkowski: Zapalenie płuc komórkowe pod względem klinicznym, etyologicznym i anatomicznym (dok.). W *Kronice lekarskiej*, zeszycie styczniowym. J. Sędziak: Przyczynek do leczenia gruźlicy płuc za pomocą podgłośniowych (intratrachealnych) wstrzykiwań płynów antyseptycznych. A. Koral: Przyczynek do kwestyi śmiertelności w błonicy i krupie. W *Pamiętniku Tow. lekarskiego warszawskiego* zeszycie 4tym za rok 1894.: A. Majewski: O zmianach, jakim podlegają komórki kielichowate kiszek w okresie wydzielania śluzu. Z. Dmochowski i W. Janowski: O działaniu ropotwórczem lasecznika tyfusowego i o ropieniu w tyfusie w ogólności. A. Majewski: Granice kąta maksymalnego, a jeszcze nieszkodliwego skręcenia główki noworodka. Z. Dmochowski: Przyczynek do etyologii i anatomii patologicznej spraw zapalnych w jamie Highmora. S. Sterling: Warunki pracy zawodowej robotników fabryk sukna w Tomaszowie rawskim (dok.). W *Medycynie* Nrze 5.: S. Sterling: Drobnoustoje peptonizujące w mleku krowiem. Rosenblatt: Czy i jakie postępy poczyniliśmy w ostatnich czasach w leczeniu ostrego i przewlekłego nieżytu jelit u dzieci?

Redakcya otrzymała:

B. Wicherkiewicz: O leczeniu zakażenia oka powstałego po operacyach zaćm. (Odbitka z *Nowin lekarskich*).

Gluziński: Dusznica bolesna prawdziwa (*angina pectoris vera*) a tętnice wieńcowe serca. (Odbitka z *Przeglądu lekarskiego*).

W. A. Gluziński: O wpływie podwiązania tętnic wieńcowych (*art. coron. cordis sinistrae*) na narząd nerwowo-ruchowy serca. (Odbitka z *Anzeiger der Akademie des Wissenschaften in Krakau*).

A. Beck i W. A. Gluziński: Wpływ podwiązania moczowodu na czynność nerki. Przyczynek do teoryi wydzielania się moczu (Tamże).

KORESPONDENCYA REDAKCYI.

Wny Dr. K. Z. w D. Stosownie do życzenia odpowiedzieliśmy kartą pocztową.

Wny Dr. A. S. w W. Otrzymaliśmy, o resztę prosimy. Szczegóły listownie.

Wny Dr. J. G. w W. Życzenie Szan. Kolegi już spełnione i to w Nrze 4. *Przeglądu lekarskiego* z r. b.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 106. / 1195.

KONKURS.

Z powodu braku odpowiednich kandydatów rozpisuje się niniejszem ponownie konkurs na posadę lekarza okręgowego w Bohorodczanach.

Okręg sanitarny obejmuje 11 gmin z ludnością 22911. Płaca roczna 500 złr. (1000 koron). zaś ryczałt na koszta podróży służbowych 318 złr. (636 koron) rocznie.

Kompetenci muszą w myśl §. 7. ustawy z dnia 2. Lutego 1891. Nr. 17. dz. ust. kraj. prócz dostatecznej fizycznej zdatności udowodnić się mającej świadectwem c. k. lekarza powiatowego lub też świadectwem lekarskim potwierdzonem przez c. k. lekarza powiatowego, wykazać następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego z przedłożeniem metryki urodzenia.

2) Dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.

3) Nieskazitelny charakter.

4) Znajomość języków krajowych.

5) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim. Pierwszeństwo mają ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Posada na razie prowizorycznie zostanie nadana na rok jeden.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy do Wydziału powiatowego na ręce podpisanego prezesa najdalej do 20. Lutego 1895.

Bohorodczany dnia 17. Stycznia 1895.

Prezes:

67—3—3 ***Józef Szeliński.***

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.